

Беженарь В.Ф.<sup>1,2</sup>, Иванова Р.Д.<sup>1</sup>, Цуладзе Л.К.<sup>1</sup>,  
Русина Е.И.<sup>1</sup>, Благодарный Г.В.<sup>1</sup>

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН<sup>1</sup>,  
кафедра акушерства и гинекологии ВМедА<sup>2</sup>, Санкт-Петербург,  
Россия

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ДНА

**Актуальность проблемы.** Несостоятельность мышц тазового дна является одной из актуальных проблем оперативной гинекологии, которая является одной из важных причин снижения качества жизни пациенток старшего возраста. В настоящее время ведущее место в лечении тазового пролапса занимает хирургическое лечение с использованием аллоимплантантов.

**Целью** нашего исследования была оценка эффективности хирургического лечения больных с пролапсом гениталий при использовании проленовых аллоимплантантов.

**Материал и методы.** В группу исследуемых пациенток вошли 96 женщин с различными формами несостоятельности тазового дна. Среди них с цистоцеле (21), ректоцеле (18), цисторектоцеле (12), выпадением купола влагалища (12), полным пролапсом гениталий (2), стрессовым недержанием мочи (40). Средний возраст женщин составил  $51 \pm 5$  лет (от 46 до 60 лет).

Всем пациенткам было выполнено хирургическое лечение: передняя кольпотомия с Gynemesh пластикой ( $n=17$ ), задняя кольпоперинеолеваторопластика ( $n=42$ ), TVT ( $n=8$ ), TVT-O ( $n=11$ ), сакропексия ( $n=6$ ), апоневрорагинопексия ( $n=12$ ). Мы использовали проленовые сетки Gynemesh и Gynemesh Soft, а также проленовые петли TVT и TVT-O (Gynecare). Эффек-

тивность результатов оперативного лечения оценивалась с учетом субъективных и объективных критериев восстановления анатомических параметров и функциональных показателей, а также оценивалось качество жизни пациенток при динамическом наблюдении в сроки от 3 месяцев до 8 лет.

**Результаты исследования.** Нами отмечена высокая эффективность хирургического лечения тазового пролапса, а также стрессового недержания мочи с использованием проленовых имплантантов. При применении проленовых имплантантов отмечалось полное восстановление анатомической и функциональной состоятельности тазового дна. Следует также отметить отсутствие рецидивов стрессового недержания мочи. При динамическом наблюдении за прооперированными пациентками в течение от 3 мес. до 8 лет рецидивов пролапса не отмечали. Рецидивов стрессового недержания мочи также отмечено не было. Все пациентки отмечали удовлетворенность результатом и улучшение качества жизни.

**Заключение.** Хирургическая коррекция несостоятельности тазового дна с использованием проленовых имплантантов является одним из наиболее эффективных методов лечения, препятствующих рецидивированию пролапса и функциональной несостоятельности тазового дна, который не приводит к снижению качества жизни пациенток.

Белоцерковцева Л.Д., Панкратов В.В.

Сургутский Государственный Университет, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета, Россия

## ОПЕРАЦИЯ TVT ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

**Введение.** Недержание мочи при напряжении у женщин – одна из наиболее часто встречаемых проблем урологии и гинекологии. Хирургическое лечение является основным методом коррекции стрессовой инконтиненции. Несмотря на большое количество методов оперативного лечения при данной патологии, до настоящего момента идет поиск наиболее безопасных и эффективных способов решения проблемы стрессового недержания мочи у женщин.

**Цель** настоящего исследования – оценить эффективность операции TVT при комбинированном лечении стрессового недержания мочи и пролапса гениталий у женщин.

**Пациенты и методы.** Нами проведен анализ результатов хирургического лечения недержания мочи при напряжении у 32 пациенток, оперированных в гинекологическом отделении КПЦ города Сургута по методу TVT. Пролапс гениталий различной степени был выявлен у всех 32 (100 %) пациенток. При этом выпадение матки и стенок влагалища обнаружено у 7 (21,9 %), опущение передней стенки влагалища и цистоцеле у 20 (62,5 %), опущение задней стенки влагалища у 5 (15,6 %) пациенток. Всем пациенткам выполнено комбинированное хирургическое вмешательство в объеме уретропексии по методу TVT (100 %) в сочетании с влагалищной экстирпацией матки, передней кольпоррафией, за-

дней кольпоррафией и перинеолеваторопластикой в 21,9 % наблюдений, в сочетании с передней кольпоррафией в 62,5 % наблюдений и в сочетании с задней кольпоррафией, перинеолеваторопластикой в 15,6 % наблюдений.

**Результаты.** Интраоперационных осложнений в наших наблюдениях не зарегистрировано. Наиболее отдаленные результаты прослежены у 30 (18,8 %) пациенток – длительность наблюдения составила 2 года 7 месяцев. Все пациентки в послеоперационном периоде отмечают хорошее качество жизни, отсутствие явлений недержания мочи

при объективном обследовании.

**Выводы.** Эффективность операций уретропексии по методу TVT в сочетании с реконструктивно-пластическими операциями во влагалище и на промежности достаточно высока. Применение данной операции при стрессовом недержании мочи у женщин позволяет в значительной степени улучшить качество жизни пациенток. Соблюдение стандартов предоперационного обследования и техники оперативного вмешательства позволяет свести к минимуму процент интра- и послеоперационных осложнений.

**Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д.,  
Муравьева Т.Г., Путиловский М. А.**

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии,  
Москва, Россия

## РОЛЬ ДСТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

**Актуальность.** Роль дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в патогенезе пролапса гениталий в настоящее время общепризнанна. Исследованиями, проведенными в гинекологической клинике МОНИИАГ доказана наследственная предрасположенность частого сочетания опущения и выпадения внутренних половых органов с грыжами иных локализаций, спланхноптозом, варикозной болезнью, пороками сердца, которые являются тяжелыми признаками проявления ДСТ на экстрагенитальном уровне. А пролапс гениталий, особенно у молодых женщин после единственных неотягощенных родов при сохраненном гормональном фоне и отсутствии факторов, препятствующих повышению внутрибрюшного давления, является проявлением генерализованной дисплазии соединительной ткани на уровне репродуктивной системы. Недифференцированные дисплазии соединительной ткани диагностируются тогда, когда у пациента набор фенотипических признаков не укладывается ни в одно из дифференцированных заболеваний, таких как наследственные коллагенопатии – синдром Марфана, Элерса-Данлоса, несовершенный остеогенез и синдром вялой кожи (Cutis laxa). Как показывает опыт, гораздо чаще распространены недифференцированные формы ДСТ, к которым относится и пролапс гениталий.

**Материал и методы.** Наследование дефектов соединительной ткани касается в первую очередь синтеза коллагена, как основного структурообразующего компонента соединительной ткани. В МОНИИАГ совместно с отделом эмбриологии НИИ морфологии человека РАМН (зав. лабораторией, д.б.н., профессор С.В.Савельев) проведено иммуногистохимическое исследование операционного материала – фрагментов сосудистого пучка (сосуды и окружающие ткани), лобково-шеечной фасции, апоневроза наружных косых мышц живота, крестцово-маточных связок, круглых

связок матки с целью оценки морфологической структуры связочного аппарата и качественного состава коллагенового каркаса. При помощи моноклональных антител проводили специализированные иммуногистохимические реакции для выявления коллагенов I, III, IV типов. Материал изучали в светооптическом микроскопе Leica DMB с видеосистемой Sony SSC-DC50P, YS-W150 и цифровым видеонализатором.

**Результаты.** Гистологическое исследование фрагментов сосудистого пучка, круглых, крестцово-маточных связок, апоневроза и фрагментов тазовой фасции у 21 пациентки с ДСТ показало, что макроскопически исследуемые ткани не были изменены у 61,9 % больных с ДСТ различной степени тяжести, у 38,1 % – они были истончены и перерастянуты.

Иммуногистохимическое исследование показало, что коллаген I и III типов изученных связок экспрессировался у всех пациенток с ДСТ различной степени тяжести, но оба коллагена имели атипичную пространственную структуру и не формировали выраженных пучков волокон. Как правило, они располагались диффузно, вокруг фибробластов и во внеклеточном матриксе. Вместо коллагена I и III типов в больших количествах экспрессировался коллаген IV типа, эластические свойства которого были реализованы в связках и обуславливали нарушение механических свойств связочного аппарата. Связки становились эластичными, высокоэластичными, что приводило к глубоким нарушениям механических характеристик конструкции органов малого таза.

Клинические и конституциональные признаки дисплазии соединительной ткани выявлены нами у 104 (24,1 %) из 432 обследованных пациенток с различными формами недержания мочи: ДСТ легкой степени у 47 (10,9 %), средней – 31 (7,2 %), тяжелой – 26 (6,0 %), в 81,5 % мочевого инконтиненция сочетались с анатомической диспозицией тазовых органов.